

CAPITULO III

CUIDADOS INMEDIATOS .--

Los detalles del ingreso de un nuevo niño en el servicio de prematuros dependerán enteramente del estado del mismo. Esto habrá de decidirlo la enfermera jefe o una enfermera del servicio, pues aunque los procedimientos varían, cuando se nos avisa de un posible ingreso, podemos tener una incubadora previamente calentada y oxigenada, al igual que listos los equipos y aparatos que se vayan a utilizar.

En general los cuidados inmediatos correspondientes a la enfermera son: -

- 1- Instalarlo en incubadora.
- 2- Aspiración de flemas.
- 3- Administración de oxígeno.
- 4- Avisar inmediatamente al médico del servicio.
- 5- Si amerita, se hacen maniobras de resucitación.
- 6- Identificación del niño por el método utilizado en la Institución.
- 7- Toma de temperatura rectal, baño de aceite, peso y medidas.
- 8- Investigación de permeabilidad esofágica, lavado gástrico con agua bicarbonatada al 1%.
- 9 - Administración de Vitamina K.
- 10 - Ponerlo en posición de drenaje.

1. - Se instala en incubadora (véase Pág. 26 No. 1 - Control de la temperatura.
(véase Pág. 28 No. 3 - Control de la humedad

2. - Aspiración de flemas. - Cualquier acumulación de secreción o material aspirado, deberá ser extraído de la boca y de las vías aéreas por aspiración mediante una sonda de goma blanda conectada a una jeringa asepto o a una perilla especial de succión o con un cuenta gotas protegido con una punta de goma blanda.

A veces los hisopos de algodón o de gasa son suficientes para retirar el moco acumulado en la garganta.

Debe evitarse todo traumatismo. Si no se pueden extraer las secreciones por medios sencillos, quizás haya que pasar una pequeña sonda traqueal a la laringe; este procedimiento debe ser ejecutado con gran cuidado y por un médico experimentado. Debido al insuficiente desarrollo del niño, la laringe y la traquea se traumatizan con mucha facilidad y pueden sobrevenir complicaciones como ulceraciones y neumonía.

Es importante proceder con mucha suavidad y con un mínimo de manipulación.

3.- Administración de oxígeno.- Si fuese necesario, una vez introducido el niño dentro de la incubadora, se abre la válvula del oxígeno a la concentración necesaria.

Para muchos niños prematuros el oxígeno es tan necesario, como el calor externo o la alimentación. Cuando está indicado, la administración de oxígeno suele hacerse en forma continua. La oxigenoterapia está especialmente indicada en los siguientes casos:

- 1.- En la mayoría de los niños que pesan menos de 1,500 Gm. en el momento de nacer.
- 2.- Cuando existe a) Anoxia o narcosis, debido a la administración de opiáceos o barbitúricos a la madre durante el parto. - b) Cianosis, palidez grisacea o dificultad respiratoria. c) Agotamiento o hemorragia intracraneal, que puede producirse después de un trabajo de parto prolongado y laborioso, o de un parto difícil. d) Factor RH manifestado por anemia hemolítica aguda. (eritroblastosis fetal).
- 3.- Después de haberse empleado una sonda intra traqueal o después de una operación cesarea.
- 4.- Cuando la prematurez es debida a una placenta previa, neumonía materna, o si la madre padeció toxemia del embarazo.
- 5.- Si el niño presenta neumonía, convulsiones o exagerada apatía.

En algunos niños prematuros muy pequeños, se ha observado que si la oxigenoterapia se suspende antes de que lleguen a pesar 1000 Gm. se logra a veces un progreso satisfactorio durante más o menos una semana, pero después éstos niños comienzan a presentar apatía extrema, períodos de apnea y palidez grisácea y se hace entonces necesario reanudar la oxigenoterapia. También se ha observado que por lo general esto no sucede si se mantiene una concentración de oxígeno muy baja durante un lapso más prolongado.

El lactante que tiene períodos de apnea, puede aprovechar poco el oxígeno aunque se aumente la concentración al 60%. Cuando están indicadas estas altas concentraciones, solo se utilizan el tiempo indispensablemente necesario.

La concentración término medio suele ser de menos de 40%. Cuando la administración es muy prolongada, la concentración se mantiene entre 16 y 32 %.

La suspensión de la oxigenoterapia depende del estado del niño durante pequeños períodos de suspensión. Si se conserva su buen color y llora espontáneamente, por lo general está en condiciones de mantenerse sin oxígeno adicional.

En general se sabe que la oxigenoterapia es de gran importancia para salvar la vida de muchos niños prematuros.

Los niños prematuros pueden tener un llanto vigoroso y un intenso color rosado poco después de nacer o al ingresar en el servicio, y, no obstante, unas horas más tarde, presentar un intenso tinte cianótico o palidez grisácea y retracciones torácicas. La oxigenoterapia, no solamente es muy útil para prevenir tales episodios, sino también cuando se producen, se obtiene un alivio con mayor rapidez durante la administración de oxígeno.

Debido a datos acumulados sobre la administración de oxígeno, se ha comprobado que el empleo excesivo del oxígeno es un importante factor causal de fibroplasia retrolental en los niños prematuros. Por "Empleo excesivo" se entiende el utilizar concentraciones mayores del 40% o prolongar la administración del oxígeno cuando su uso ha dejado de estar indicado. Es posible que sean nocivos, incluso breves períodos de administración de oxígeno en concentraciones más elevadas.

En cambio el empleo inteligente del oxígeno puede servir para salvar la vida a niños con las características ya enumeradas. Sería desacertado negar arbitrariamente una adecuada administración de oxígeno, y con ello quizás también la vida a estos niños por temor a la posibilidad de que aparezcan lesiones oculares en algunos.

A consecuencia de esto se han formulado las siguientes recomendaciones: (2) a).- El oxígeno debe administrarse por prescripción médica de la misma manera, que cualquier droga o tratamiento (salvo en casos de emergencia).

b) - El oxígeno no debe administrarse como procedimiento de rutina, sino únicamente cuando haya una indicación específica.

c) - La concentración de oxígeno debe mantenerse en el nivel mínimo capaz de aliviar los síntomas que motivaron su empleo y si fuese posible sin exceder el 40%.

d) - La oxigenoterapia debe suspenderse en cuanto su indicación haya cesado.

e) - Por lo común las indicaciones del oxígeno suplementario son la cianosis general y la disnea. La urgencia con que se deban tratar estos síntomas dependerá del juicio clínico del médico o de la enfermera que tengan al niño a su cargo.

f) - Una fuente que no contenga ni proporcione una concentración de oxígeno mayor de 40%, evitará que se exceda ese nivel, pero puede no ser adecuada en los casos ocasionales en que se desea mayor concentración. Si se emplea una de estas fuentes restringidas debe contarse con oxígeno adicional para los casos especiales en que esté indicado.

g) - No hay contra indicaciones manifiestas para el oxígeno suplementario en los niños que pesan más de 2,250 grms.

Advertencia.- No deben emplearse lámparas eléctricas como fuente de calefacción cuando se administra oxígeno.

4. - Avisar al médico del servicio.- Si aún no ha sido necesario avisar al médico, se le notificará del nuevo ingreso para que vea las condiciones en que se encuentra el niño.

5. - Si amerita se hacen maniobras de resucitación.

6. - Identificación del niño. - Esto se hará por el método utilizado en la Institución, ya sea por medio de la huella digital o plantar, o por medio de un brazalete.

7. - Toma de temperatura. - Con excepción de aquellos niños con diarrea, la toma de temperatura debe ser siempre rectal. Es conveniente aprovechar siempre el baño y el peso o bien el cambio de pañales para hacer esta toma con la finalidad de manejar lo menos posible al niño.

De ser posible, principalmente los niños de muy bajo peso, debe aprovecharse la posición que este tenga para la introducción del bulbo al recto. Cuando sea necesario mover al niño, es preferible colocarlo en decúbito lateral y flexionando el muslo que queda hacia arriba, introducir el termómetro.

El bulbo debe ser introducido aproximadamente de 1 a 1.5 cm. haciéndolo con delicadeza. Previamente envasinado, se hace una ligera presión sobre el ano hasta que la contracción refleja del mismo desaparece. Es conveniente separar ligeramente los gluteos para facilitar la maniobra. El termómetro debe permanecer en el interior del recto el tiempo suficiente para que suba la columna del mercurio, generalmente de uno a tres minutos. Una vez tomada la temperatura, se lee, y se pasa el termómetro a la parte inferior de la incubadora.

Nota. - Si el niño está muy frío a su ingreso, no se le debe molestar con esta maniobra, pues por lo general el termómetro no va a marcar.

La toma de temperatura rectal a su vez sirve para investigar la permeabilidad anal.

Baño de aceite. - (1) - El baño debe efectuarse con la técnica apropiada de manera correcta, pues de no ser así fácilmente puede ocasionar enfriamientos al niño.

El equipo es el siguiente: una compresa conteniendo:

Una bandejita de peltre
2 vasitos de aluminio o vidrio.
4 torundas medianas.

- 1 torunda grande.
- 8 hisopos.

Fuera de la compresa:

- 1 frasco de agua hervida tibia.
- 1 frasco de aceite o vaselina estéril.
- 1 probeta conteniendo agua caliente.
- 1 bolsita de papel.

La técnica aconsejada es la siguiente:

- 1- Lávese perfectamente las manos.
- 2- Descúbrase el equipo procurando que la parte interna de este pueda utilizarse
- 3- Se pondrá en la bandejita agua caliente colocándose en los vasitos el aceite de olivo y el agua tibia. Se someterán a baño-maría dentro de la bandeja.
- 4- Una vez tibias las soluciones, se retira la bandeja y se introduce el resto del equipo por la manga superior y se coloca en el departamento de plástico. La bolsa de papel se coloca en la parte inferior y se procede a remover las ropas de cama.
- 5 - Se colocará la cabeza del niño en decúbito lateral, se tomarán dos torundas y humedeciéndolas en agua, se limpiará el ojo distal: se pasa el algodón, de la comisura interna del ojo, hacia la externa; secándolo después. Se hará lo mismo con el otro ojo.
- 6- Se toma un hisopo húmedo y se lava la narina distal, se seca y se hace lo mismo con la proximal.
- 7- El aseo del oído externo se hace en la misma forma con hisopos humedecidos en aceite.
- 8- Se limpiará la frente, el mentón, la cabeza y el cuello, con una torunda grande impregnada de aceite, quitando después el exceso con una torunda seca. Después se lavará con aceite la mano, brazo y parte media de la región distal, así como la mitad correspondiente a la espalda y después, la mitad proximal.

- 9- Se procede a limpiar con otra torunda con aceite, el pie y pierna izquierda y después el proximal.
- 10- Será retirado el pañal haciéndose una limpieza perfecta de la región. Si hay evacuación, fíjese en su mente las características de ella para escribir posteriormente las anotaciones correspondientes.
- 11- Hágase un aseo minucioso de la región genital con agua tibia.
- 12- Si el niño tiene curación umbilical, quitesela, lávese las manos y haga el cambio de curación. Obsérvese la evolución de la cicatrización del cordón. Si hay alguna anomalía, avise inmediatamente a la Jefe de sala o al médico encargado del paciente.

En seguida se procede a la toma del peso en la forma ya explicada en la descripción y manejo de la incubadora.

Una vez pesado el niño, se hace la anotación y se procede a medirlo midiendo primeramente la talla de la cabeza a los pies, después el perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, pie, brazada, etc. según las medidas ordenadas o acostumbradas en el servicio.

Todas las torundas sucias, se van colocando en la bolsa de papel colocadas en la parte inferior.

Una vez medido el niño, se le pone su pañal, el cual debe ser de tejido absorbente que facilite el aseo y evite las rosaduras. Es aconsejable no utilizar alfileres para el sostenimiento del pañal, pues la poca movilidad de éstos niños, facilita el sostenimiento de él por simple superposición de sus extremos.

Se le cambia la ropa de cama y se le deja en posición de decúbito lateral o abdominal.

8.- Investigación de permeabilidad esofágica.- Se logra esto al introducir una sonda al estómago igual a las que se utilizan para la alimentación. Por lo general son pocos los peligros que ofrece la introducción de la sonda. El verdadero peligro, se pre-

9. - Administración de vitamina K. (6)

Poco después del ingreso se administrarán de dos a cuatro miligramos de vitamina K por vía intramuscular, a menos que el lactante ya la haya recibido.

El bajo contenido protrombínico de la sangre del niño prematuro, puede deberse a la asimilación insuficiente de vitamina K, durante la vida intrauterina. La administración de dicha vitamina a la madre incluso uno o dos horas antes del parto, aumenta lo suficiente el nivel de protrombina del niño como para protegerlo de las hemorragias no provocadas por traumatismos.

Una respuesta similar se obtiene administrando vitamina K al niño, después del parto.

10. - Ponerlo en posición de drenaje. - Se acuesta al niño en decúbito abdominal con la cabeza girada hacia uno de los lados y los brazos hacia arriba y en ligero Trendelenburg.

9. - Administración de vitamina K. (6)

Poco después del ingreso se administrarán de dos a cuatro miligramos de vitamina K por vía intramuscular, a menos que el lactante ya la haya recibido.

El bajo contenido protrombínico de la sangre del niño prematuro, puede deberse a la asimilación insuficiente de vitamina K, durante la vida intrauterina. La administración de dicha vitamina a la madre incluso uno o dos horas antes del parto, aumenta lo suficiente el nivel de protrombina del niño como para protegerlo de las hemorragias no provocadas por traumatismos.

Una respuesta similar se obtiene administrando vitamina K al niño, después del parto.

10. - Ponerlo en posición de drenaje. - Se acuesta al niño en decúbito abdominal con la cabeza girada hacia uno de los lados y los brazos hacia arriba y en ligero Trendelenburg.